

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1926

THÈSE

N°

12

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE
(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Raymond FARRANDO

Né au Bourget le 22 août 1899
Ex-Interne des Hôpitaux du Havre
Médecin sanitaire maritime

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

CURE RADICALE

DE LA

HERNIE OMBILICALE ÉTRANGLÉE

Président : M. LECÈNE, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

—
1926

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1926

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE
(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Raymond FARRANDO

Né au Bourget le 22 août 1899
Ex-Interne des Hôpitaux du Havre
Médecin sanitaire maritime

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

CURE RADICALE

DE LA

HERNIE OMBILICALE ÉTRANGLÉE

Président : M. LECÈNE, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1926

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale.	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie.	N...
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	N...
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	N...
Clinique médicale	GILBERT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants.	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux.	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique.	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Sans chaire	ROUVIÈRE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI . . . Pathologie médicale.
ALGLAVE . . . Pathologie chirurgicale.
AUBERTIN . . . Pathologie médicale.
BASSET . . . Pathologie chirurgicale.
BAUDOUIN . . . Pathologie médicale.
BINET . . . Physiologie.
BLANCHETIÈRE Chimie biologique.
BRANCA . . . Histologie.
BRULÉ . . . Pathologie médicale.
BUSQUET . . . Pharmacologie et ma-
 tière médicale.
CADENAT . . . Pathologie chirurgicale.
CHAMPY . . . Histologie.
CHIRAY . . . Pathologie médicale.
CLERC . . . Pathologie médicale.
DEBRÉ . . . Hygiène.
de JONG . . . Anatomie pathologique.
DUVOIR . . . Médecine légale.
ÉCALLE . . . Obstétrique.
FIESSINGER . Pathologie médicale.
FOIX . . . Pathologie médicale.
GARNIER . . . Pathologie expérimentale.
MARVIER . . . Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER Urologie.

MM.

NOVELACQUE . Anatomie.
JOYEUX . . . Parasitologie.
LABBÉ (Henri) Chimie biologique.
LARDENNOIS Pathologie chirurgicale.
LE LORIER . . . Obstétrique.
LEMAITRE . . . Oto-rhino-laryngologie.
LEMIERRE . . . Pathologie médicale.
LÉVY-SOLAL . Obstétrique.
LHERMITTE . Pathologie mentale.
LIAN . . . Pathologie médicale.
MATHIEU . . . Pathologie chirurgicale.
METZGER . . . Obstétrique.
MOCQUOT . . . Pathologie chirurgicale.
MONDOR . . . Pathologie chirurgicale.
MOURE . . . Pathologie chirurgicale.
MULON . . . Histologie.
PHILIBERT . . Bactériologie.
RIBIERRE . . . Pathologie médicale.
RICHEL Fils . Physiologie.
TANON . . . Pathologie médicale.
VAUDESCAL . Obstétrique.
VERNE . . . Histologie.
VILLARET . . . Pathologie médicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

OUGEROT . Pathologie médicale.
UÉNIOT . . . Obstétrique.

MM.

RÉTTERER . Histologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

A TITRE PERMANENT

MM.	MM.
AUVRAY. . . Clinique chirurgicale.	LÉRI. Clinique médicale
CHEVASSU. . Clinique chirurgicale.	LOEPER . . . Clinique médicale.
LAIGNEL-LAVASTINE . Clinique médicale.	PROUST . . . Clinique chirurgicale.
LEREBoullet. Clinique médicale in- fantile.	RATHERY . . Clinique médicale.
	SCHWARTZ . Clinique chirurgicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM MAUCLAIRE, agrégé.	{ Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail les mutilés de guerre et les infirmes adultes
FREY.	Stomatologie.
CHAILLAY BERT	Éducation physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE
BIEN-AIMÉ

*Témoignage de reconnaissance
éternelle.*

A MA MÈRE

*Témoignage de ma plus tendre
affection.*

A MA SŒUR

MEIS ET AMICIS

A MES MAÎTRES
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

MM. GILBERT, LEGRY, AUVRAY, BOUFFE DE
SAINT-BLAISE, LE MELAND, SOULIGOUX,
CARNOT, BALDENWECK.

A MES MAÎTRES
DANS LES HOPITAUX DU HAVRE

MM. STEMPOWSKI, DEVILLE, LAURENT, SIE-
BALD, DANIEL, THOREL, DEHELLY, GA-
RACH, SAUVÉ.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LECÈNE

Professeur de pathologie chirurgicale
Chirurgien de l'Hôpital Saint-Louis

*Qui nous a fait e grand honneur
de présider cette thèse.*



Digitized by the Internet Archive
in 2026

AVANT-PROPOS

Avant d'aborder ce travail, nous tenons à remercier le Docteur Guillot, chirurgien des hôpitaux du Havre, qui nous a guidé dans le choix de notre sujet de thèse et soutenu de ses conseils. Qu'il trouve ici l'expression de notre profonde gratitude.

Nous voulons aussi remercier tout particulièrement notre camarade et ami le Docteur Laymond qui nous a beaucoup aidé dans l'élaboration de ce travail. Qu'il soit assuré de notre amicale reconnaissance.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA CURE RADICALE
DE LA
HERNIE OMBILICALE ÉTRANGLÉE

INTRODUCTION

La hernie ombilicale des adultes constitue une affection fréquente et il n'est pas exceptionnel de voir des phénomènes d'étranglement se produire à son niveau. Nous voudrions, dans ce travail, grouper quelques notions utiles au sujet de la technique opératoire de la cure radicale de la hernie ombilicale étranglée. La plupart des manuels opératoires sont en effet assez sobres de détails pratiques sur cette cure radicale ou décrivent une technique opératoire manifestement surannée.

CONDITIONS DANS LESQUELLES SE PRÉSENTE LA HERNIE OMBILICALE ÉTRANGLÉE

La hernie ombilicale peut se présenter sous deux formes principales : dans l'une — forme la plus rare — une hernie ombilicale jusque-là réductible cesse de l'être, elle devient douloureuse et rapidement s'installent tous les signes cliniques de l'occlusion intestinale : vomissements, arrêt des matières et des gaz, ballonnement du ventre, puis plus tardivement, stercorémie et phénomènes généraux. Dans l'autre — forme la plus fréquente — les symptômes sont bien moins accentués. Il s'agit de phénomènes atténués, larves, d'allure paralytique ou inflammatoire, qu'on désigne du nom de pseudo-étranglement, d'engouement, de péritonite herniaire, et qu'on a trop longtemps considérés comme n'imposant pas une intervention immédiate.

La hernie est ancienne, difficilement réductible depuis longtemps : elle est devenue douloureuse. Il y a de la constipation et des vomissements bilieux. Toutefois l'arrêt stercoral n'est pas complet et les gaz ne sont pas totalement supprimés. La tumeur ne donne pas la sensation de distension en masse qui caractérise l'étranglement classique. Elle conserve même quelques apparences de réductibilité partielle. Dans ces conditions

on se croit trop souvent autorisé à attendre et l'autorisation stercorémique progresse lentement, poursuivant son œuvre d'une façon d'autant plus sûre et plus dangereuse. De jour en jour, le facies devient plus mauvais, le poulx plus petit, le ventre se ballonne, les vomissements deviennent brunâtres et sales. Dès ce moment, l'état général est gravement atteint et le succès de l'opération sera des plus aléatoires.

Il faut savoir aussi que la hernie ombilicale se rencontre surtout chez la femme et en particulier la femme obèse. Très fréquemment, ces femmes obèses sont albuminuriques ou glycosuriques : cette notion est capitale pour la surveillance de l'opérée, dans la période post-opératoire. Si l'on se trouve en présence d'une albuminurique, il y aura lieu de la surveiller tout spécialement au point de vue rénal : dosage d'urée du sang, tension artérielle, analyse chimique complète des urines. S'il s'agit d'une glycosurique, on dosera le glucose de l'urine et du sang, et on recherchera l'acétone dans les urines. En cas de menace de coma diabétique, on pourra être amené à se servir d'insuline. Si l'emploi de cette substance a pu paraître discutable au point de vue médical puisque son action est toute passagère et qu'elle ne saurait prétendre à faire cesser d'une façon définitive la glycémie, elle est très intéressante au point de vue chirurgical puisqu'elle permet à l'opéré une utilisation meilleure de son glycogène, pendant les périodes opératoires et post-opératoire. Il n'est pas exceptionnel non plus que ces femmes obèses ne soient emphysémateuses et qu'elles ne se présentent avec de la myocardite. La sur-

veillance médicale sera donc des plus attentives pendant toute la période post-opératoire.

Au point de vue opératoire, la hernie ombilicale présente des difficultés assez grandes en raison de la disposition des organes contenus dans le sac et de la configuration de ce sac.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'anatomie pathologique de la hernie ombilicale est intéressante, quoique complexe. Nous étudierons successivement le trajet de la hernie, ses enveloppes et les parties qu'elle contient.

I. — *Trajet de la hernie.*

Longtemps l'opinion de Scarpa (dans son traité pratique des hernies, 1817) est restée classique. « La hernie, « écrit-il, qui se développe dans la région ombilicale « chez les personnes adultes et particulièrement chez « les femmes, dans les derniers temps de la grossesse, « ne sort pas précisément par l'anneau ombilical, mais « bien dans les environs de cette ouverture, c'est-à-dire par l'un ou par l'autre côté, par-dessus ou par-dessous ». Jean-Louis Petit et Riolan sont du même avis.

En cherchant dans ces auteurs des preuves à l'appui de cette assertion, on n'en trouve point; d'autre part, Cowper, Velpeau et Malgaigne, dans des travaux très complets et basés sur des dissertations minutieuses — admettent que les hernies ombilicales chez l'adulte se font presque exactement par l'anneau lui-même.

Ce qui a souvent induit en erreur, c'est que rarement

la hernie sort par le centre exact de l'ombilic. L'adhérence des vaisseaux, notamment des artères et de l'ouraque à la demi-circonférence inférieure de la cicatrice, force les viscères à s'échapper par la partie supérieure ou latérale de l'anneau, et la cicatrice cutanée qui marque l'ombilic se trouve de la sorte correspondre non plus au centre, mais à l'un des points de la périphérie de la tumeur, le plus souvent à sa partie inférieure. Cruveillier, Broca et Foucher ont constaté que la hernie s'était toujours faite par l'anneau, quoi qu'avant la dissection, on eut pu croire qu'elle s'était échappée par un point excentrique. Il est à noter toutefois qu'une hernie adombilicale peut coexister avec une véritable hernie ombilicale. Berger dit avoir opéré des femmes atteintes de hernies sus-ombilicales étranglées, chez lesquelles au cours de l'opération il a pu constater l'existence d'une véritable hernie ombilicale masquée par la précédente.

Un autre point intéressant est le suivant : on a décrit sous le nom de « fascies umbilicalis » une lame fibro-celluleuse analogue au fascia transversalis. Cette lame, interposée entre le péritoine et les aponévroses profondes de la paroi, se perdrait à droite ou à gauche, sur la partie postérieure des muscles grands droits de l'abdomen ; commençant par un rebord bien marqué à trois, quatre ou cinq centimètres au-dessus de l'ombilic, elle se fixerait à la partie inférieure de la cicatrice ombilicale, vers le point où les artères ombilicales lui adhèrent. Elle laisserait entre elle et la face postérieure de la ligne blanche un espace que suit la veine ombilicale ou le cordon qui la remplace chez l'adulte, pour venir se fixer à l'ombi-

lic, véritable canal ombilical limité en avant par la ligne blanche sus-ombilicale, en arrière par le fascia ombilicalis, à droite et à gauche par les adhérences de ce fascia à la gaine postérieure des muscles droits. Ce canal commencerait en haut au niveau du rebord qui limite le fascia en question et aboutirait inférieurement à la cicatrice ombilicale, fermée dans sa partie inférieure par l'adhérence des vaisseaux à son bord inférieur, libre dans sa partie supérieure. C'est par ce canal que la hernie ombilicale s'insinuerait pour faire issue par la cicatrice ombilicale. Il existerait ainsi pour la hernie ombilicale un véritable *trajet* analogue au trajet suivi par les hernies inguinales et par les hernies crurales.

Toutefois, cette disposition quoique fréquente ne correspond pas à tous les cas. Il y a des hernies ombilicales directes qui, sortant directement par l'anneau d'arrière en avant, sans suivre la veine ombilicale et sans passer par le « canal ombilical ».

La hernie peut sortir entre les artères ombilicales et l'ouraque, la veine se trouvant située en haut. Dans d'autres cas, sous la pression des viscères, la peau se laisse déprimer avec la cicatrice vasculaire qui lui adhère et les trois cordons fibreux qui lui font suite. Ceux-ci moins extensibles déterminent alors à la surface de la tumeur trois sillons qui donnent à la tumeur une *apparence trifoliée*. Mais cette disposition dépend plus souvent encore des tractus du fascia superficialis.

II. — *Enveloppes*

Quelques chirurgiens avaient autrefois soutenu que la hernie ombilicale n'avait jamais de sac. Mais cette opinion n'a plus cours depuis longtemps. Le péritoine fortement adhérent au pourtour de la cicatrice ombilicale ne se laisse guère entraîner par locomotion dans la hernie; le sac résulte principalement de la distension de la séreuse; de là, l'extrême ténuité qu'il présente dans un certain nombre de hernies ombilicales volumineuses. Mais ce fait n'est pas constant, le sac pouvant être fort épais.

Généralement le sac n'est séparé de la peau que par une très mince couche de tissu cellulaire, parfois il lui adhère surtout vers la partie inférieure de la cicatrice ombilicale. Dans les petites hernies, il peut en être séparé sans difficulté, ainsi qu'on le constate dans les opérations de laparotomie dont les incisions dépassent le niveau et l'ombilic. Très exceptionnellement, il est doublé de graisse ou présente à la partie inférieure un lipome herniaire. L'existence d'une hernie graisseuse entraînant le péritoine, si communes pour les hernies de la ligne blanche et les hernies péri-ombilicales ne s'observe guère dans les hernies ombilicales proprement dites. Si l'on entend par collet un rétrécissement siégeant au niveau du pédicule et appartenant en propre au sac herniaire, les hernies ombilicales ne possèdent pas de collet, dans l'acception qu'on donne à ce terme; mais le sac adhérent à l'orifice ombilical dans toute sa circon-

férence, présente à ce niveau un contour rigide qu'il doit à l'anneau fibreux avec lequel il se confond.

La cavité du sac peut être divisée en plusieurs loges ou même cloisonnée, soit par l'épiploon qui adhère en certains points de sa surface interne soit par le cordon de la veine ombilicale, entraîné dans la hernie.

Quand le sac est cloisonné, des perforations permettent d'établir au travers des tractus qui le divisent. L'intestin s'engageant dans ces orifices y devient alors le siège d'un étranglement dont l'agent réside à l'intérieur du sac herniaire lui-même et non au niveau de son pédicule.

Dans certains cas exceptionnels, la hernie ombilicale possède un diverticule propéritonéal qui se trouve tantôt au-dessus, tantôt au-dessous de la cicatrice ombilicale.

III. — *Organes contenus dans le sac*

Les organes qu'on trouve presque constamment dans les hernies ombilicales sont l'épiploon, l'intestin grêle, le côlon transverse qui attire le mésocôlon. Une partie de l'estomac ou le cæcum peuvent s'engager. Comme dans les hernies volumineuses et anciennes, ces parties sont rarement libres d'adhérences; les tumeurs malignes qui s'y développent envahissent le sac et parfois l'ulcèrent.

On ne connaît que deux exemples d'hystérocele ombilicale.

Quant aux adhérences qui unissent aux parois du sac les viscères qui y sont contenus, elles affectent surtout

le grand épiploon, assez souvent le mésocôlon transverse. Il n'est pas rare qu'elles fixent d'une manière indissoluble le côlon transverse au pourtour de l'orifice herniaire ou même au fond du sac; les connexions vasculaires qui s'établissent entre cet intestin, les replis séreux qui s'y rattachent et la poche à laquelle il adhère sont cause de difficultés très grandes dans l'opération de la cure radicale.

De toutes ces notions, il résulte nettement que l'acte chirurgical devra être conduit rapidement et que l'on devra préférer les procédés opératoires simples, susceptibles d'être exécutés dans un temps minimum.

LES PROCÉDÉS OPÉRATOIRES ANCIENS

I. — *Incision de la paroi*

L'incision de la paroi se fait en contournant à droite ou à gauche le pédicule de la hernie. Elle commence verticale et médiane sur la ligne blanche à 2 ou 3 centimètres au-dessus du pédicule de la hernie, descend jusqu'à ce pédicule, puis s'incurve en dehors (supposons du côté gauche), longe de ce côté l'insertion à l'abdomen du pédicule de la hernie, puis arrivée au-dessous de ce pédicule, elle redevient verticale et médiane sur 2 ou 3 centimètres environ. L'incision est donc verticale à ses deux extrémités et courbe à concavité à droite à sa partie moyenne.

Au-dessous de la peau ainsi sectionnée, on incise l'aponévrose : en haut et en bas, au-dessus et au-dessous de

L'ombilic, on incise franchement la ligne blanche, comme pour une simple laparotomie; sur la partie moyenne courbe de l'incision cutanée, l'incision de l'aponévrose, également courbe, passera sur la paroi abdominale et non sur la hernie, mais le plus en dedans possible, de façon à ne laisser en dedans d'elle que l'anneau de la hernie.

Au-dessous, l'incision du péritoine se fait de même sur la ligne médiane en haut et en bas, sur la paroi abdominale en dehors du pédicule du sac, mais très près de lui, à la partie moyenne. On repère le péritoine avec des pinces.

Lorsque l'incision a été faite en bonne place, on doit avoir ouvert l'abdomen un peu en dehors de l'anneau ombilical et du collet du sac qui restent à droite, enserrant le contour de la hernie.

II. — Réduction du contenu du sac

Ce temps n'est pas commun à toutes les hernies : il ne saurait exister dans les hernies extrêmement réductibles; en revanche, il est capital dans les grosses hernies, dans le sac desquelles on trouve de l'épiploon et de l'intestin adhérents.

1^o *Adhérences épiploïques.* — Rien n'est plus pénible dans les hernies un peu volumineuses que de libérer le sac des adhérences épiploïques lorsqu'on a ouvert ce sac sur son sommet. Quand, au contraire, on incise la paroi comme il a été indiqué, on évite ce temps long et laborieux. En effet, dans la cavité abdominale directement ouverte, on voit l'épiploon se diriger vers la her-

nie et y pénétrer au niveau de son collet : on place sur cet épiploon, à peu de distance du collet, deux clamps entre lesquels on le sectionne aux ciseaux. On n'a plus à s'occuper de l'extrémité de l'épiploon restée adhérente au sac : on l'enveloppe de compresses pour l'extirper plus tard avec le sac. Sur le moignon central, on pratique les ligatures voulues, puis on retire les clamps et on réduit le moignon dans l'abdomen.

2^o *Adhérences intestinales.* — Lorsque, en plus de l'épiploon, le sac possède des adhérences intestinales, après avoir comme précédemment sectionné, lié et réduit l'épiploon adhérent, il faut ouvrir le sac pour y libérer l'intestin. On ouvre le sac de dedans en dehors, en introduisant une branche des ciseaux dans le sac à travers le collet; on coupe du pédicule vers le sommet. Le sac ainsi largement ouvert, il est facile de rapidement libérer l'intestin en sectionnant aux ciseaux, s'il y a lieu, les adhérences qui ne se décolent pas. Lorsque l'intestin a été bien libéré, sa surface entièrement péritonisée et son hémostase achevée, on le réduit dans l'abdomen et on passe au temps suivant.

III. — Résection du sac

On ne s'occupe pas ici de disséquer le sac péritonéal pour le réséquer, mais on résèque en bloc le sac avec la peau et les autres plans qui peuvent le recouvrir. Saisissant le sac avec la main ou une pince de Museux, on le coupe un peu en dehors de sa base, soit d'un coup avec les ciseaux, soit place par place avec le bistouri.

Sur la peau tendue, on pratique du côté opposé à la

première incision une incision courbe à concavité tournée en dedans, symétrique à celle-là. Au-dessous de la peau on incise l'aponévrose, puis le péritoine et on enlève ainsi d'un seul tenant la peau distendue et le sac herniaire sous forme d'une véritable bourse.

IV. — Réfection de la paroi

Pour refaire la paroi, il suffit, comme dans les laparotomies, de suturer par étages les différents plans de cette paroi. Il est inutile de faire un avivement et de réséquer l'anneau ombilical : si on a ouvert l'abdomen et excisé le sac comme nous l'avons décrit, c'est déjà fait.

Mais pour donner plus d'épaisseur à la paroi et permettre ainsi un plus large affrontement des deux lèvres de l'incision, il est bon d'ouvrir la gaine des muscles droits de l'abdomen pour en suturer ensuite isolément les deux feuillets. Il est rare que, par suite de l'excision du sac, la gaine de ces muscles n'ait été ouverte au moins en quelque point : pour compléter cette incision, il suffit d'introduire une branche de ciseaux par cette ouverture et d'inciser d'une extrémité à l'autre de la plaie le long du bord interne du muscle, plutôt sur la face antérieure que sur la face postérieure. La paroi se trouve alors composée des plans suivants que l'on suture tour à tour :

1^o *Péritoine et feuillet postérieur de la gaine du grand droit.* — Ces deux feuillets sont généralement assez confondus l'un avec l'autre pour qu'il n'y ait pas lieu de les séparer, d'autant plus que le péritoine est ici très mince et qu'il serait difficile de le suturer isolément sans qu'il se

déchire. Aussi, en pratique, suture-t-on ces deux feuillets ensemble en surjet ou à points séparés.

2° *Muscle grand droit*. — En réalité on ne fait pas sur eux une véritable suture, mais par trois à quatre points séparés, on réunit leurs bords internes l'un à l'autre pour les maintenir au contact sur la ligne médiane.

3° *Feuillet antérieur de la gaine du grand droit*. — Suture en surjet ou à points séparés.

4° *Peau*. — Cette suture est parfaite quand il s'agit de hernie petite, mais quand la hernie est volumineuse et qu'on doit faire une large perte de substance, les fils trop tendus risquent de déchirer les tissus, surtout le péritoine et le feuillet postérieur de la gaine du grand droit. Aussi convient-il, en pareil cas, de commencer par passer à 2 ou 3 centimètres des lèvres de la plaie trois ou quatre fils d'argent de gros calibre embrassant toute l'épaisseur des parois abdominales, qu'on serrera pour faire un point d'appui solide et maintenir en contact les deux lèvres de l'incision pendant tout le temps nécessaire à leur consolidation.

Pour la même raison, il vaut mieux employer pour faire la suture des divers plans, un fil non résorbable qui les maintiendra mieux qu'un catgut trop vite résorbé.

En tout cas, pour se faciliter la besogne, il est indispensable que, pendant qu'on serre les fils, un aide plaçant ses deux mains sur la paroi abdominale de chaque côté, mais à distance de la plaie, en rapproche avec force les deux lèvres pour éviter que le fil casse on coupe dans les efforts qu'on fait pour rapprocher les lèvres de la plaie.

En cas de hernie à anneau très large, pareil procédé est inapplicable. La paroi abdominale est atrophiée, les muscles droits, amincis et gras, sont fort écartés l'un de l'autre; il est impossible de les rapprocher par une suture; d'ailleurs, les tissus sont ordinairement si friables qu'ils coupent sous une tension un peu forte, toujours nécessaire en pareil cas.

Pour ces hernies à volumineux anneau, il faut agir autrement. Il y a généralement augmentation de la largeur xiphoido-pubienne de la paroi : en outre dans ce sens, la tension abdominale se laisse facilement vaincre, ne fut-ce qu'en fléchissant le thorax sur l'abdomen. Or, cette position est très facilement conservée par l'opéré dont il suffit de relever la tête par des oreillers. Cette position demi-assise est d'autant meilleure qu'il s'agit très fréquemment de malades obèses prédisposés aux congestions pulmonaires.

La fermeture de l'abdomen pourra s'effectuer par l'un ou l'autre des procédés suivants :

1^o Le sac complètement excisé, on rapproche les deux lèvres de l'anneau de haut en bas par une série de points isolés, prenant l'aponévrose et le péritoine; la ligne de suture achevée présente une direction transversale.

Pour renforcer cette première ligne de suture, qui est à la rigueur suffisante, on peut l'enfouir sous une seconde ligne mettant au contact la face antérieure de l'aponévrose au-dessus et au-dessous de l'ombilic, après avoir soigneusement dénudé cette aponévrose pour bien mettre au contact le tissu aponévrotique sans interposition de tissu gras.

2^o *Procédé de Mayo.* — Aux deux extrémités latérales de l'anneau ombilical excisé, on incise transversalement l'aponévrose jusqu'au bord interne des muscles droits, puis l'incision est prolongée sur le feuillet antérieur de la gaine du droit jusqu'en dehors du bord externe de ce muscle, mais en obliquant un peu l'incision en haut et en dehors vers le rebord costal. Puis on dissèque un peu les deux lambeaux en les séparant du péritoine qu'on suture isolément.

Pour les suturer, on les rabat l'un sur l'autre comme deux revers de redingote et on les suture de façon à les affronter par leurs faces.

Pour cela sur le lambeau inférieur, on passe deux séries d'anses de fil, l'une au niveau du bord libre du lambeau, l'autre à sa base, là où devra aboutir le bord libre du lambeau supérieur. Les fils de la première série sont alors passés au niveau de la base du lambeau supérieur et noués. On en fait autant pour les fils de la deuxième série qui fixeront le bord de ce même lambeau.

La suture achevée, il y a sur la ligne médiane un double plan fibreux superposé capable de résister à la poussée des viscères.

Procédé opératoire nouveau employé dans les observations suivantes

Le procédé que nous préconisons pour la cure radicale de la hernie ombilicale étranglée est à la fois simple et rapide. Nous allons l'exposer dans tous ses détails, et grouper ici tous les renseignements d'ordre pratique de nature à en faciliter l'exécution.

Anesthésie générale. — La malade sera de préférence anesthésiée à l'éther, cet anesthésique étant moins toxique que le chloroforme et ne paraissant pas favoriser — quoiqu'on en ait pu dire — les complications pulmonaires

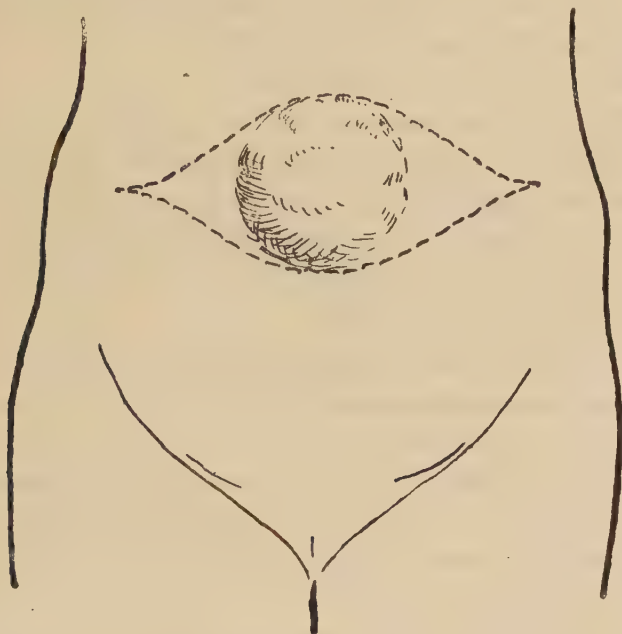


Fig. I

1^{er} temps : l'incision cutanée est transversale, elliptique et très large.

Premier temps. — Incision cutanée. — Il importe par cette incision de se donner un grand jour sur la tumeur ombilicale et d'autre part de supprimer une importante partie de la couche adipeuse de la paroi abdominale. Les femmes atteintes de hernie ombilicale sont le plus souvent, comme nous l'avons déjà dit, des obèses; il

est donc logique de les débarrasser en même temps que de leur hernie d'une partie de la couche graisseuse qui couvre leur abdomen.

L'incision cutanée sera transversale et elliptique, très large.

Latéralement, elle s'étendra d'un hypocondre à l'autre dans le sens vertical, elle passera à quatre ou cinq centimètres de la tumeur ombilicale.

D'un coup de bistouri franc, on pénétrera jusqu'à l'aponévrose du grand oblique. L'hémorragie est le plus souvent minime. Si quelques vaisseaux saignent, inutile d'en faire l'hémostase immédiate : l'aide se bornerait à appliquer contre la tranche des compresses fortement tassées.

On saisit successivement les deux extrémités de la tranche cutanéoadipeuse à enlever avec une forte pince — de Museux par exemple. — Tirant fortement sur elle, on dégage à la compresse et au bistouri la face antérieure de l'aponévrose jusqu'à ce que l'on ait atteint le collet fibreux de la hernie. Celui-ci est bien dégagé à son tour.

Deuxième temps. — On incise la paroi abdominale juste en dehors du collet. On ouvre le sac de dehors en dedans et on libère avec précaution l'épiploon adhérent. On le sectionne s'il y a lieu. Ensuite on résèque en bloc la peau, la graisse et le sac avec l'épiploon qui lui adhère.

Troisième temps. — On a ainsi pratiqué une véritable omphalectomie il va falloir réparer solidement et rapidement la brèche souvent grande pratiquée dans la paroi abdominale.

Pour ce, on introduit dans l'orifice une grande compresse à laparotomie pour éloigner et maintenir les anses intestinales. On place des pinces écartantes d'Ombredanne aux deux extrémités de la brèche et on prie l'aide d'exercer une traction verticale sur deux de ces

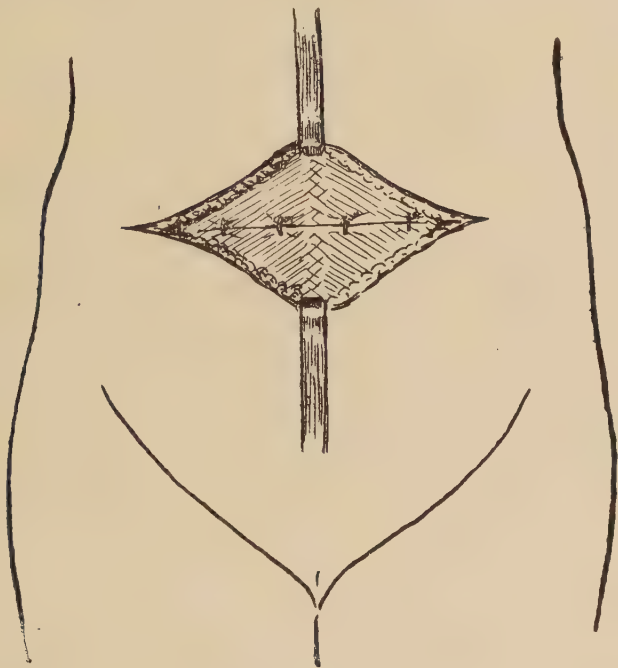


Fig. II

III^e temps : Suture transversale à fils de bronze perdus.

pinces. C'est un fait bien connu que, après une omphallectomie, les plans sont bien plus faciles à suturer transversalement. Aussi va-t-on exécuter une suture transversale, à fils de bronze perdus. On passe successivement trois ou quatre fils de bronze, on les serre l'un

après l'autre. On les coupe, de façon à pouvoir, à l'aide d'une pince hémostatique par exemple, les retourner, de façon que la pointe ne vienne pas faire saillie dans le tissu cellulaire sous-cutané. Ainsi retourné le fil de bronze revêt en quelque sorte la forme d'un 8 de chiffre et n'est pas une cause de gêne pour les parties superficielles.

Quatrième temps. — Hémostase soignée du tissu cellulaire sous-cutané.

Suture de la peau à l'aide de crins ou d'un surjet de soie.

On pourrait croire que ces fils de bronze sont mal tolérés. Il n'en est rien cependant. Jamais nous n'avons vu se produire de fistule. Toutefois, si une petite fistule se produisait, il serait facile d'aller retirer les fils de bronze à l'aide de l'anesthésie locale ou régionale. Le gros avantage de ce procédé est sa rapidité. Il permet d'autre part le lever précoce des malades, ce qui est un avantage appréciable pour les femmes obèses.

Moure a, dans dans le *Journal de Chirurgie* de 1921, préconisé un procédé très voisin. Mais il se sert d'un fil de bronze unique qui lui sert à cercler l'anneau ombilical. Ce procédé est rarement applicable, étant donné la brèche produite par l'extirpation de l'ombilic. D'autre part, il nous semble imprudent de confier la fermeture d'une vaste ouverture abdominale à un seul fil de bronze qui est forcément soumis à une traction considérable.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Mme Le... A., 53 ans.

La malade entre dans le service du Dr Guillot le 15 décembre 1924. Elle a une volumineuse tumeur ombilicale irréductible. Elle a fait à plusieurs reprises des phénomènes d'obstruction, puis tout est rentré dans l'ordre. Elle rentre à la suite d'une de ces crises. Pendant deux jours, tension de la tumeur abdominale, pas de selles, quelques gaz. Le matin même de son entrée, elle a une abondante selle.

Actuellement, tumeur ombilicale du volume d'un poing d'adulte, irréductible, non douloureuse.

Léger souffle systolique à la pointe du cœur, se propageant dans l'aisselle. Le malade reconnaît avoir eu une crise de rhumatisme articulaire aigu à l'âge de 22 ans.

Tension artérielle 14-9. Indice oscillométrique 2 1/2.

On décide d'attendre quelques jours avant d'intervenir.

Urée du sang à l'entrée : 0,32 par litre.

Le 3 janvier, nouveau dosage d'urée après un régime alimentaire strict : 0 gr. 36 par litre.

Le 25 janvier, intervention (Dr Guillot).

Intervention suivant la technique décrite. La libération des anses intestinales adhérentes au sac est délicate.

Suites opératoires normales.

La malade quitte l'hôpital, guérie, le 20 février 1924.

OBSERVATION II (1).

Mme Bi... A., 57 ans.

Entrée à l'hôpital Pasteur le 6 août 1924, pavillon D service du Dr Guillot, à 18 heures.

Volumineuse tumeur de la région ombilicale, irréductible depuis plusieurs années.

La malade a eu sa dernière selle le 4 août au matin. Quelques gaz dans la journée du 4. D'autre part, la tumeur ombilicale est devenue douloureuse à la moindre pression.

Intervention immédiate, par le Dr Laymond, assistant du Dr Guillot.

L'épiploon est très adhérent au sac herniaire. On en résèque une partie assez importante. Adhérences intestinales molles. L'intestin un peu rouge est facilement libéré à la compresse.

Résection d'une grosse tranche de graisse de la paroi.

Intervention suivant la technique énoncée plus haut.

Suites post-opératoires :

Dès le lendemain, la malade rend une abondante selle diarrhéique, ascension de la température à 38°1.

Ablation des crins cutanés le dixième jour. La cicatrisation est complète.

1. Due à l'obligeance du docteur Laymond.

Le 27 août, la malade quitte l'hôpital complètement guérie avec une paroi abdominale solide.

OBSERVATION III (1)

Mme Dup..., 60 ans.

Cette femme, obèse, est atteinte d'une éventration depuis 1900, à la suite d'un accouchement. Cette éventration s'est considérablement agrandie et donne issue à une hernie ombilicale grosse comme une tête d'enfant au moins, à l'époque où le Dr Prieur, du Havre, la voit pour la première fois (1^{er} juillet 1924).

Pendant cette période de vingt-quatre ans, Mme D... a vécu avec sa hernie sans accidents, mais avec une gêne considérable qu'explique facilement une pareille infirmité. Elle n'a jamais donné le moindre signe d'étranglement. Ce n'est d'ailleurs pas pour cette hernie que le Dr Prieur est appelé auprès de la malade, mais pour de légers troubles de la vue, des céphalées et troubles gastro-intestinaux. Un examen des urines révèle (50 grammes de sucre et 0 gr.30 d'albumine au litre (18 août).

Tension artérielle : 14-8

Mise au régime lacté pendant trois jours, puis à un régime mixte. Le 7 août, l'examen des urines à nouveau pratiqué ne révèle plus que des traces d'albumine et plus de sucre.

Mais trois jours après, le médecin est appelé à 10 heures du matin pour de violentes douleurs abdominales. Le facies est légèrement grippé, la malade geint continuellement et supplie qu'on la soulage.

1. Observation due à l'obligeance du docteur Prieur.

Le ventre est très douloureux et dur. L'entourage apprend que la malade a eu quelques vomissements peu abondants et non bilieux. Pas de selles depuis la veille. La hernie qui habituellement pouvait rentrer est devenue irréductible : c'est l'étranglement classique. Après beaucoup de difficultés, la famille consent à l'opération dont le médecin réserve le pronostic.

Le Dr Dehelly, chirurgien de la clinique, opère suivant la technique décrite.

Malgré les appréhensions bien légitimes, les suites furent absolument normales et la malade sortit guérie de sa hernie quelques jours après.

OBSERVATION IV (1)

Mme M..., 72 ans.

Antécédents héréditaires. — Père mort de vieillesse.

Mère décédée des suites d'un accident de voiture à 42 ans.

Deux frères bien portants.

Antécédents personnels. — Différentes maladies en bas âge, rougeole, coqueluche. Une crise aiguë de rhumatisme articulaire avec complication cardiaque à 18 ans.

Se marie à vingt-deux ans, pas d'enfant, pas de fausse couche.

La malade a très rarement consulté un médecin. Elle s'occupe de travaux de la ferme (elle traite les vaches, s'occupe de la basse-cour, etc...) et souvent ressent des picotements dans la région du cœur. Ce dernier bat très fort et d'une façon irrégulière après un dur travail.

1. Communiquée par le docteur Peretti d'Yport (Seine-Inf.).

Il y a une quinzaine d'années, la malade a remarqué au niveau de l'ombilic une tumeur du volume d'un œuf de pigeon. Elle constate que pendant la toux, cette tumeur augmente d'une façon très sensible. Il y a deux ans, elle avait atteint le volume d'une tête de fœtus.

Appelé pour la première fois auprès de la malade le 19 août 1924, le Dr Peretti, d'Yport, est témoin d'une crise douloureuse violente.

Examen de la malade. — Taille moyenne. Poids : 115 kgr. Facies congestionné.

Appareil digestif. — Langue sèche, rouge, la malade a continuellement soif. Pas d'appétit. Pas de selles depuis vingt-quatre heures, pas de gaz.

Quelques râles à la base des poumons.

Le cœur ne présente pas de souffle. Mais arythmie et faiblesse de la systole.

Les urines sont peu abondantes, très foncées. Ni albumine, ni sucre.

Examen du ventre. — Le ventre tombe en tablier. Au milieu de l'abdomen, on constate une tumeur de forme arrondie de 20 centimètres de diamètre. Le dessous est plat. La peau est très distendue, rouge et légèrement infectée au niveau du pédicule de la tumeur. La palpation est très douloureuse et la tumeur n'est pas réductible. Matité à la percussion.

Histoire de la maladie. — Le 18 août au soir, la malade a été prise brusquement d'une douleur violente dans le ventre, douleur rappelant les coliques, siégeant au niveau de la hernie et s'irradiant dans tout l'abdomen. Le 19, première visite. Le médecin constate une tumeur aux carac-

tères plus haut décrits. La malade a vomi dans la nuit. Ses vomissements étaient muqueux, mélangés de bile. Mais dès le soir, ceux-ci devenaient fécaloïdes et il était évident qu'il n'y avait plus de temps à perdre.

Le Dr Guillot, déjà averti par téléphone, arrivait quelques instants après et réussissait à faire accepter l'opération par l'entourage. L'opération a lieu le lendemain matin à l'Hôpital de Fécamp.

Rachianesthésie à la stovaine (0 gr. 04).

Incision de la peau circonscrivant toute la hernie et excision du tissu cellulaire adipeux. Puis technique du Dr Guillot. Durée d'opération : trente minutes.

Pendant que l'on reconstituait la paroi, la malade fait une syncope. Le pouls devient extrêmement faible. Huile éthéro-camphrée. Caféine. Le pouls reste misérable. On pratique alors une injection intra-cardiaque de scurénaline. Peu à peu le pouls redevient meilleur : la malade reprend connaissance.

Après un repos de six semaines à l'hôpital, la malade rentre chez elle, et reprend ses occupations.

CONCLUSION

1^o La cure radicale de la hernie ombilicale étranglée se présente dans des conditions particulières : on a presque toujours affaire à des malades dont l'état général est précaire. L'acte opératoire doit être conduit rapidement

2^o Le procédé opératoire que nous préconisons dans notre thèse a donné des résultats satisfaisants dans les quatre cas où il a été employé. Il reconstitue une paroi très solide et il nous semble que ses indications méritent d'être étendues.

Vu : le Président de la thèse,
LECÈNE

Vu : le Doyen,
ROGER

Vu et permis d'imprimer
le Recteur de l'Académie de Paris,
P. LAPIE

BIBLIOGRAPHIE

- BÉRARD ET BUCHE. — *Journal de Chirurgie* (Société médicale de Lyon, 1913).
- ROUX, DE BIGNOLES ET MOISOUD. — Cure radicale de la hernie ombilicale par la suture perdue au fil d'argent (*Journal de Chirurgie*. Société de Chirurgie de Marseille).
- FRISSET. — Un cas du Dr Frischa. Guérison par ponction au thermocautère des anses intestinales étranglées dans une hernie ombilicale (Société de Chirurgie de Vienne, Autriche).
- SÉNILE. — Société de Chirurgie de Christiania.
- FOSSE. — Un cas de hernie ombilicale étranglée (Société de Chirurgie de Chicago).
- FLEUBOCK. — Hernie ombilicale étranglée (Société allemande de Chirurgie. Berlin, 1922).
- MOURE. — Technique de la cure radicale de la hernie ombilicale étranglée (*Journal des Praticiens*, 1921).
- SIMON. — Technique de la cure radicale de la hernie ombilicale étranglée (Dr Moure). Thèse soutenue devant la Faculté de Paris, 1922, t. XXXIII, p. 227).
- MERTENS. — Traitement de la hernie ombilicale par injection de paraffine; ses dangers (Société allemande de Chirurgie, 1913).
- DUJARIER. — Ventre en besace avec volumineuse hernie ombilicale. Dégraissage de la paroi par incision transversale. Cure radicale de la hernie.
- FRÉLICH. — Procédé esthétique de la cure radicale de la hernie ombilicale.

MONOD, ROUTIER, POTHERAT, WALTHER, MORESTIN, LUCAS
CHAMPIONNIÈRE, TUFFIER. — Discussion sur le trai-
tement de la hernie ombilicale (Société de Chirur-
gie de Paris, 1912).

FORGUE. — Pathologie externe, 1924.

BÉGOVIN, BOURGEOIS, DUVAL, GOSSET, JEANDAU, LECÈNE,
LENORMANT, PROUST, TIXIER. — Précis de Patho-
logie externe, t. III. Paris, 1924.

MARION. — Technique chirurgicale, 1917.

DUPLAY ET RECLUS. — Traité de Chirurgie, t. VI.

GUIBÉ. — Chirurgie abdominale, 1920.

